

KORUYUCU RUH SAĞLIĞI

Dr. Gökay AKSARAY*
Dr. Cem KAPTANOĞLU*, Dr. Süleyman OFLU*

ÖZET

Bu yazıda, koruyucu ruh sağlığının temel kavramları tartışılarak; birincil, ikincil ve üçüncül korumaya örnekler verilmiştir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin bir bütün olarak ele alınması gerektiği belirtilerek, halk sağlığı açısından önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Koruyucu ruh sağlığı, birincil koruma, ikincil koruma, üçüncül koruma.

Summary: This presentation describes the theory and gives some examples of practice of preventive work in mental health. It deals with the promotion of primary, secondary, and tertiary prevention and their assessment. It emphasizes throughout the unity of preventive action. Prevention must be seen as one of the primary goals for community psychiatry programs.

Key Words: Preventive mental health, primary prevention, secondary prevention, tertiary prevention.

GİRİŞ

Koruyucu ruh sağlığı, ruhsal hastalığın başlamasını önlemeyi ya da geciktirmeyi, hastalığın süresini kısaltmayı ve ruhsal hastalığa bağlı yeti yitimini azaltmayı amaçlar. Halk sağlığının temel ilkelerine göre, hastalıklarla mücadelede; hastalığın önlenmesi, tedavi edilmesinden daha etkindir. Tüberküloz, poliomiyelit gibi birçok hastalığın yeryüzünde azalması iyi organize edilmiş koruyucu programlarla sağlanmıştır. Aynı ilke, organik etyolojilere bağlı ruhsal hastalıklar için de başarılı olarak uygulanmaktadır. Ancak şizofreni, duygudurum bozuklukları gibi etyolojileri henüz yeterince aydınlatılmayan hastalıklarda etkin koruyucu önlemler ortaya konamamıştır. Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin temelinde, hastalığa ait risk faktörlerinin olduğu ve bunlara yönelik politikalar geliştirilmesi gerektiği düşüncesi yatmaktadır.

Risk Faktörleri ve Koruyucu Etkenler:

Risk oluşturan etkenler biyolojik, psikolojik, çevresel ve sosyal etmenlere bağlı olabilmektedir. Bir hasta için genetik yapı risk oluştururken, bir başkası için geçmiş ya da şimdiki fiziksel çevresi risk oluşturabilir. Kişinin büyüdüğü ve yaşadığı sosyal çevre ya da kimi özgün fiziksel ve psikolojik örselenmeler önem taşıyabilir. Çocukluk dönemindeki kimi davranışların antisosyal kişilik bozukluğunun önbelirleyicisi olduğu saptanmıştır. Bunlar; okulda başarısızlık, agresivite ve utangaçlık'tır (Breakey 1996). Yoksulluk, sonraki yıllarda antisosyal davranışlara yolaçan bir başka risk faktörüdür. Ancak bilindiği gibi bu ortamı yaşayan herkes antisosyal olmaz. Bireye ait koruyucu etkenler çocuğun normal gelişmesini sağlamada harekete geçer. Rutter, bireyin stresle başetmesinde çeşitli etkenlerin rol oynadığını belirtmiştir. Bunlar; bireyin önceki deneyimleri, aile ve sosyal çevreden sağlanan destek, stres yaratan etkenlerin birey için özgül anlamı, kendine yetebilme duygusunun varlığı ve benlik saygısının gelişmiş olmasıdır (Rutter 1985).

Alzheimer hastalığında bazı aileler için genetik etyoloji söz konusudur. Ancak kimi olgularda aile öyküsü yoktur. Bu hastalarda diğer etkenler hastalığa neden olabilmektedir. Bu hastalık için bazı risk etkenlerinin varlığından söz edebiliriz. Bunlar; sigara, düşük eğitim düzeyi ve geçirilmiş kafa travmasıdır (Frierson 1997).

Şizofrenide bir çok risk etkenleri tanımlanmıştır. Uzun yıllardır yapılan çalışmalar genetik etkenlerin varlığını ortaya koymuştur. Şizofreni hastalarının birinci derece yakınlarında şizofreni gelişme riski normal bireylere göre daha yüksektir. Monozigot ikizlerde hastalığın birlikte görülme sıklığı dizigot ikizlere göre 4 kez fazladır. Ancak genetik etkenlerin dışında başka risk etkenleri de önem taşır. Düşük sosyo-eko-

* Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D. - Eskişehir

nomik durumunun risk etkeni olduğu yönünde tartışmalı veriler vardır. Bu durumun şizofreni için bir sebep mi yoksa bir sonuç mu olduğu tartışılmaktadır. Dohrenwend ve ark.'na göre düşük sosyo-ekonomik durumu, şizofreni sonucunda gelişir yani bir sonuçtur (Dohrenwend ve ark. 1992). Hamileliğin 2. trimesterinde fetüs gelişimi ile ilgili sorunlara bağlı şizofreni gelişebildiği belirtilmektedir. Şizofrenide özgün koruyucu önlemler geliştirmede temel olabilecek risk etkenleri henüz saptanamamıştır.

Alkolizmin risk etkenleri üzerinde yapılan çalışmalar, koruyucu ruh sağlığı bakımından önemli bilgileri de beraberinde getirmiştir. Ailede alkol kullanım öyküsü belirgin risk etkenidir. Alkolizmin bazı alt tiplerinde genetik yatkınlık söz konusudur. Biyolojik belirteçler dışında psikososyal alanda da bazı risk etkenleri vardır. Bunlar; yakınlarında alkol kullanım öyküsü, antisosyal davranış ve agresif tutum, utangaç çocukluk, stresle başetme becerisinde yetersizlik, alkol kötüye kullanımını besleyen sosyal ortamlarda bulunmak olarak sayılabilir (Breakey 1996). Koruyucu ruh sağlığı çalışmalarında, bu risk etkenleri dikkate alınmalıdır.

Depresif bozuklukta genetik ve çevresel etkenler söz konusudur. Yakınlarında duygudurum bozukluğunun olması, aşırı stres yaratan etkenlerin varlığı, benlik saygısında azalma, yoksulluk ve kadın olmak depresif bozuklukta önemli risk etkenleridir (Blazer 1995). Entellüktüel seviyesi yüksek, kendilik duygusu güçlü, kişilerarası iletişimi iyi ve gerektiğinde esnek tutumlar alabilen bireylerde depresyon daha az gelişmektedir.

Birincil, İkincil ve Üçüncül Koruma:

Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, halk sağlığının temel kavramları ışığında hastalığın başlamasına, seyrine ve kronikleşmesine yönelik önlemleri içermelidir. Birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak adlandırdığımız bu önlemler, bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Birincil Koruma:

İnsidansın azaltılmasını hedefler. Daha önce hastalığın görülmediği bireylerde hastalığın oluşmasını önler. Birincil korumanın amaçları arasında; neden olan etkenlerin eliminasyonu, risk faktörlerinin azaltılması, hastalığa direncin artırılması ve hastalığın yayılmasına engel olunması yer alır. En başarılı primer önleme programları çevresel nedenlere bağlı

organik etyolojilerle olan psikiyatrik hastalıklar için olagelmıştır. Kretenezmin önlenmesi ve mental retardasyonun erken dönemdeki nedenlerinin giderilmesi bunlara örnektir. Yaşlılarda demans ve deliryumun primer önlenmesi gibi durumlarda; psikiyatristlerin diğer branşlardaki uzmanlar ile aktif iletişimi sürdürmesi gereklidir.

Aile içi şiddet, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, ayrımcılık gibi durumların olumsuz psikolojik etkilerinin primer önlenmesinde; sosyal tedbirler yanında psikiyatristler de etkin rol almalıdır.

Birincil Korumaya örnekler:

- Çevredeki Stres yapıcı faktörleri hedef alarak bunları azaltmak.
- Stresle etkili bir şekilde başetme becerilerini arttırmada bireylere yardım etmek ve yüksek risk altındaki kişilerde stres etkilerini düşürmek için sosyal destek programlarının geliştirilmesi.
- Ana-baba olacaklara anne ya da baba olma becerilerinin artırılarak çocuk gelişiminin öğretilmesi.
- Alkol ve madde bağımlılığının fiziksel ve psikolojik etkilerinin öğretilmesi,
- Çeşitli geçiş dönemindeki (emeklilik, boşanma gibi) bireylere destek ve eğitim sağlama.
- Topluma "ruh sağlığı" kavramının öğretilmesi ve toplumsal önyargıları gidermeye yönelik çalışmaların yapılması.
- İşsiz bireylere, kimsesiz çocuklara destek ve eğitim sağlamak.
- Yüksek risk taşıyan kromozomal anormallikler için ebeveynlere genetik danışmanlığın verilmesi.

İkincil Koruma:

Hastalık süresinin azaltılması ile prevalansın azaltılmasıdır. Hastalığın erken teşhis edilmesi ve hızlı tedavi edilmesi önem taşır. Tarama programlarının uygulanmasıyla hastalık erken evrede saptanır. Tüberkülin testi buna iyi bir örnektir. Ruhsal hastalıklar için de bazı tarama testleri geliştirilmiştir. Genel Sağlık Anketi (GSA) mükemmel bir örnek teşkil eder. Genel Sağlık Anketi bir tanıya götürmez. Ancak sürekli gerilim, değersizlik hissi, intihar düşünceleri, keyifsizlik ve kenidne güven kaybının genel bir ölçümünü yapar (Kılıç 1996). Bu anketin birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılması ile tedaviye erken başlamak ve daha ciddi patolojinin gelişmesini önlemek mümkündür. Genel Sağlık Anketi bir çok

epidemiyolojik araştırmada bir tarama metodu olarak kullanılmıştır (Rezaki ve ark. 1995; Sağduyu ve ark. 1997; Kılıç 1997) mental bozuklukların temel sağlık hizmetlerinde değerlendirilmesi için geliştirilmiş başka ölçekler de vardır (Dünya Sağlık Örgütü; 1991).

İkincil korumaya rnekler:

- Emosyonel bozukluk belirtileri gösteren çocukları teşhis etmek için okul ğretmenlerinin eğitimi, böylece bu çocukların uygun mental sağlık servislerine sevk edilmesinin sağlanması.
- Tanısı konan hastalara ve hasta yakınlarına bilgilendirici yaklaşımlar.
- İntihar gibi ciddi sonuçlara yol açabilecek yaşamsal ve durumsal krizler yaşayan bireylere yardım edebilecek telefon hatları kurmak.
- Yüksek riskli bireylerin sürekli takibi.

Üçüncül Koruma:

Kronisitenin, komplikasyonların ya da ruhsal hastalığa bağlı yeti yitiminin önlenmesidir. şizofrenide aktif psikotik belirtilerin olduğu dönemlerin önlenmesine yönelik çabalar üçüncül korumanın iyi bir örneğidir. Duygu dışavurumu yüksek ailelerle yaşayan şizofreni hastalarında yineleme (relaps) olasılığı daha fazladır (Bebbington ve Kuipers 1994). Duygu dışavurumu yüksek ailelerde sıklıkla eleştiri ve negatif yorumlar sözkonusudur. Bu nedenle şizofreni hastalarında yinelemelerin azaltılması amacıyla hasta ailelerine yönelik eğitim ve tartışma grublarına dayanan programlar geliştirilmiştir (Leff 1994). Kronik seyreden ruhsal hastalıklara bağlı işlev kayıpları, üçüncül koruma programlarının temel ilgi odağıdır. Örneğin; şizofrenide psikopatoloji hastanın yeti yitiminde ana belirleyicidir. ancak psikofarmakolojik tedavinin istenmeyen yan etkileri olan; akatizi, hipersomnolans, extrapramidal sistem ile ilgili yan etkiler ya da hafıza bozuklukları gibi tablolar da yeti yitimini artırır. şizofrenide yeti yitimini etkileyen diğer etkenleri ise; sosyal izolasyon, toplumun ön-yargılı tutumları, uzun süre kapalı servislerde yatış, erişkin sorumluluk ve ilişkilerinden uzaklaştırıcı ortamlar olarak sayabiliriz.

Üçüncül korumaya rnekler;

- Tedavi planlanırken psikiyatrik rehabilitasyonun da düşünülmesi,
- Hastane tedavisinden sonraki dönemde destek gruplarının oluşturulması, kısmi hospitalizasyon

programlarına alınması, psikososyal rehabilitasyon programları ile gereken hastaların barınma evlerine yönlendirilmesi,

- Hastane tedavisinden sonraki dönemde hastanın etkin izlenmesi, ev ziyaretleri yapılması.

Ruhsal hastalıklarda üçüncül koruma; kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin en yüksek düzeyde fonksiyonel hale ulaşabilmesine imkan sağlar. Baş etme becerilerini artırmak ve destekleyici evre sağlayarak her bir bireyin ruhsal hastalığı ile ilgili yeti yitimini gidermek, psikiyatrik rehabilitasyonun temel amacıdır.

Psikiyatrik rehabilitasyon: Rehabilitasyon programları; kronik olarak işlevselliği azalmış kişilerde fonksiyonların iyileştirilmesi ve sürdürülmesine, benlik değerenini artırılmasına odaklanır. Ev işlerini yapabilmek, kişisel hijyene dikkat etmek, sosyal beceriler kazanma, sorunları özöbilmek, sosyal yaşama katılabilme, toplu taşım araçları ile ulaşımını sağlayabilme, meslek öncesi eğitim alma gibi becerilerin kazandırılması önem taşır. Psikiyatrik rehabilitasyonun diğer bir temel bakışı; kronik ruhsal hastalığı olan bireye insiyatif vermektir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin bir çok yaşantısı insiyatif tanınmadan olagelmiştir. Rehabilitasyonda birey; karar almalı, sorumluluk verilmeli, risk almalı, gerektiğinde hata da yapabilmelidir. Bu süreçle birlikte kişi, daha normal bir yaşamı yeniden kurmaya başlar (Hughes ve ark. 1996). Psikiyatrik rehabilitasyonun temel prensipleri aşağıda sunulmuştur:

- Çok ciddi rahatsızlığı olsa da bireylerin değişmek ve gelişmek için yeteneği olduğuna inanmalıdır. Psikiyatrik rehabilitasyonda umut gerekli bir unsurdur.
- Rehabilitasyonun odağı; hastalık değil, bütünüyle bireydir.
- Girişimlerin odağı; belirtiler değil, davranışlar ve işlevlerdir.
- Hasta ile hekim arasındaki mesafe, aralarında takım çalışmasının olduğu ortamda en aza indirilir.
- Psikiyatrik rehabilitasyon programları; her bir bireyin günlük ihtiyaçlarına, yaşantılarına odaklanır.
- Bireyin kendi karar hakkı olduğu prensibi çerçevesinde girişimler planlanır. Programın bütün alanlarında aktif bir katılımcı olarak bireyin bulunmasına çalışılır.

- Psikiyatrik rehabilitasyon programları; olabildiğince normal rol ve ilişkilerle katılacakları ortamları sağlar.
- Gereksiz yere hastaneye yatırmaktan kaçınılır.
- Aktiviteler her bir bireyin kişisel gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlenir.
- Psikiyatrik rehabilitasyon programları; toplumsal desteğin geliştirilmesinde çaba gösterir.

Koruyucu Ruh Sağlığında Fonksiyonel Sınıflama:

İlk defa 1983 yılında Gordon tarafından önerilen bu sınıflamada, amaçlanan odaklara yönelik girişimler söz konusudur (Gordon 1983). Buna göre fonksiyonel sınıflamayı; topluma yönelik girişimler, risk gruplarına yönelik girişimler ve klinik endikasyonu olan kişilere yönelik girişimler olarak üç gruba ayırabiliriz.

Topluma Yönelik Girişimler:

Doğrudan doğruya topluma yönelik olarak yapılan girişimlerdir. Suyun klorlanması, çocukluk döneminde yapılan aşılama ve sigara içimine karşı mücadele halk sağlığı bağlamında verilebilecek örneklerdir. Bu örneklerle karşılaştırıldığında, ruhsal hastalıkların önlenmesinde topluma yönelik girişimler sınırlı olmaktadır. Ancak alkol ve madde kötüye kullanımı ile gelişimsel bozukluklara yönelik önlemler, kısmen daha etkin olarak alınabilmektedir. Okullarda ve başka yerlerde madde kötüye kullanımına karşı eğitim programları ve alkollü içkilere karşı reklam yasakları; ilaç veya alkol kullanım bozukluklarını ve onların sonuçlarını önlemek için yapılan topluma yönelik çabalar. Benzindeki, evlerde kullanılan boyalardaki kurşunun azaltılması gibi dış ortamdan kaynaklanan zehirlenmelerin önüne geçilmesi bozukluklara yönelik ve bütün toplumu hedef alan önlemler olacaktır.

Toplum ruh sağlığının daha iyi hale getirilmesi, günlük yaşamın stresleri ile daha iyi başedebilme becerilerinin kazandırılması bu alandaki diğer çabalar. Bunlar belirli bir hastalığa odaklanmayan genel önlemlerdir. Anne ve babaya yönelik eğitimler, destekleyici aile ortamını besleyen çalışmalar, şiddetin ortadan kaldırılması, çalışma ortamındaki stresin azaltılması, kadınlara eşit olanakların sağlanması, topluma yönelik girişimlerdir. Bunlar; yaşam sorunları ile daha etkili başetme becerisini artırır, kişinin güçlü yönlerini geliştirir.

Risk Gruplarına Yönelik Girişimler:

Özel risk durumlarında, kişilere uygulanan girişimlerdir. Risk taşıyan kişiler belirlenerek, bu bireylere özgü önleyici çabaların geliştirilmesi amaçlanır. Belli infeksiyöz hastalıkların sıklıkla bulunduğu bölgelere seyahat ederken immünizasyonların yapılması genel tıp uygulamaları içinde verilen bir örnektir. Hamilelik esnasında alkol içiminin zararları ve riskleri ile fetal alkol sendromu riski konusunda eğitim yapılması, bakım yurtlarında yaşayan çocuklara yönelik danışmanlık ve ruh sağlığı programları, sokak çocukları ile ilgili sosyal destek gruplarının çalışmaları, şiddet gören kadınlara yönelik sosyal destek gruplarının çalışmaları (örn.: Mor Çatı) bu alanda yapılan çalışmalarına örnek olarak verilebilir.

Bazı zor yaşantularla, stresli ortamlarla yüzyüze kalan kişilere yönelik yapılan girişimler diğer önleyici çalışmaları oluşturur. Doğal felaketleri yaşayanlara ya da savaş, saldırı, tecavüz gibi olaylarla karşı karşıya kalanlara yönelik destekleyici programlar kişinin başetme becerilerini artırır ve ruhsal hastalıkların gelişmesini önler. Yakının kaybedenlere özellikle de eşini kaybeden yaşlılar ve çocuğunu kaybeden anne-babalara yönelik destek grupların oluşturulması bunların depresyon geliştirme riskini önemli ölçüde azaltabilir.

Klinik Endikasyonu Olan Kişilere Yönelik Girişimler:

Klinik kanıtın olduğu bireylere yönelik yapılan girişimlerdir. İmmün sistemi baskılanmış hastalarda profilaktik antibiyotik verilmesini örnek verebiliriz. Alkol bağımlısı bireylere; daha ileri nöropsikiyatrik hasarın gelişmemesi, Wernicke ensafalopatisi ve Korsakoff sendromunun önlenmesi için tiamin verilmelidir. Alkol bağımlısı bireylere yönelik eğitim programları da oluşturulmalıdır. Ayrıca bu alanda ruhsal hastalıkların psikososyal sekellerine yönelik yapılan çalışmalar da önemlidir.

TARTIŞMA

Sağlık Bakanlığı'nın desteklediği bir çalışmada toplumumuzun %17.2'sinde ruhsal rahatsızlık olduğu bildirilmiştir (Kılıç 1997). Ruhsal hastalıklarla mücadelede koruyucu hizmetlere yönelmek ve etkin programlar geliştirmek gereklidir. Büyük kentlerde ortaya çıkarılan "çöp evler", TV'lerden naklen yayınlanan intihar girişimleri, sayıları gittikçe artan ruhsal

tedaviye muhtaç sokakta yaşayan kimsesizler bu alandaki sorunun işaretleridir. Ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik önyargılı tutumlar giderilmedikçe, sağlık sisteminin bu kişilere ulaşması sağlanmadıkça ve etkin takip programları oluşturulmadıkça toplum ruh sağlığında iyileşmenin sağlanması mümkün olmayacaktır. Toplum ruh sağlığı alanında etkin ve kalıcı programlar geliştirmek; psikiyatristlerin yanı sıra diğer sağlık çalışanları, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, yerel yöneticiler ve politikacıların katıldığı ekip çalışması ile mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Bebbington P, Kuipers L: The predictive utility of expressed emotion in Schizophrenia: An aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24: 707-718, 1994.
2. Blazer D: Mood disorders: epidemiology. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Kaplan HI, Sackdock BJ (eds.), Baltimore, Williams and Wilkins. 1079-1089, 1995.
3. Breakey WR: Prevention. *Integrated Mental Health Services: Modern Community Psychiatry*, Breakey WR (ed.), New York, Oxford University Press. 323-336, 1996.
4. Dohrenwed BP, Levav I, Schrouf PE, ve ark.: Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue. *Science*, 255: 946-952, 1992.
5. Dünya Sağlık Örgütü: Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (CIDI), Temel sağlık hizmetleri uyarlaması. Çev: Rezaki M, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO. Ankara, 1991.
6. Frierson RL: Demantia, delirium, and other cognitive disorders. *Psychiatry*, Tasman a, kay J, Lieberman JA (eds.), Philadelphia, W.B. Saunders Company. 892-926, 1997.
7. Gordon RS: An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98: 107-109, 1983.
8. Hughes RA, Lehman AF, Arthur TE: *Psychiatric Rehabilitation. Integrated Mental Health Services: Modern Community Psychiatry*, Breakey WR (eds.), New York, Oxford University Press. 286-299, 1996.
9. Kılıç C: Genel Sağlık Anketi: Güvenirlilik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7 (1): 3-9, 1996.
10. Kılıç C: Türkiye ruh sağlığı profili: Erişkin nüfusla ilgili sonuçlar. *Türkiye Ruh Sağlığı profili: Ön Rapor*, Erol N, Kılıç Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek ZT (ed.), Ankara, Aydoğdu ofset. 34-42, 1997.
11. Leff J: Working with the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*, Suppl 23: 71-76, 1994.
12. Rezaki M, Kaplan İ, Özgen G, ve ark.: Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunlar üzerine bir alan araştırması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6 (1): 3-11, 1995.
13. Rutter M: Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *Br J Psychiatry*, 147: 598-611, 1985.
14. Sağduyu A, Rezaki M, Kaplan İ, ve ark.: Sağlık ocağına başvuran hastalarda disosiyatif (konversiyon) belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8 (3): 161-169, 1997.